



# Harteraad

voor mensen met hart-  
en vaatandoeningen



## Hartrevalidatie in Nederland

Rapportage over het aanbod hartrevalidatie in Nederland:

*een inventarisatie door Harteraad*

November 2019

## Aanbod hartrevalidatie in Nederland op de kaart

### Aanleiding inventarisatie

Harteraad en de Hartstichting zijn een samenwerkingsprogramma gestart om de deelname aan hartrevalidatie te verbeteren. Hartrevalidatie is bewezen effectief: het vermindert de kans op nieuwe hartproblemen met 50 procent en de kans op sterfte als gevolg van hartproblemen met 30 procent. Toch volgt nog geen 40 procent van alle hartpatiënten een hartrevalidatieprogramma. Dit is onder de maat, gezien cijfers over hartziekten en de gerelateerde richtlijnen. Het hartrevalidatieprogramma zet in op drie pijlers: 1) meer verwijzingen naar hartrevalidatie, 2) meer deelname aan en afronding van het hartrevalidatieprogramma (door een beter programma op maat) en 3) meer mensen houden een gezonde leefstijl vol.

Harteraad kent de oorzaken van lage deelnamecijfers uit wetenschappelijke literatuur, maar ook uit eigen onderzoek. Zo blijkt vanuit onze achterban dat mensen niet weten *waar* (anders dan in hun ziekenhuis van behandeling) en *hoe* (anders dan het aangeboden programma) hartrevalidatie aangeboden wordt. Hartpatiënten weten niet of zij de behandeling en begeleiding krijgen die aan de richtlijn voldoet of waar men elders een programma kan volgen, dat beter aansluit bij de eigen behoeften en wensen.

Harteraad heeft daarom het hartrevalidatieaanbod in alle Nederlandse ziekenhuizen en revalidatiecentra geïnventariseerd en inzichtelijk gemaakt. Op deze manier hoopt Harteraad de weg naar hartrevalidatie makkelijker te maken en hartpatiënten een keuze te bieden binnen het hartrevalidatieaanbod. Tevens willen we zorginstellingen inzicht geven in het aanbod van andere instellingen, om samenwerking en kennisuitwisseling te vergemakkelijken.

### Inventarisatie

Om het hartrevalidatieaanbod in Nederland inzichtelijk te maken, is een digitale vragenlijst verstuurd naar alle Nederlandse ziekenhuizen en (hart)revalidatiecentra. De Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie (2011) is het uitgangspunt geweest voor het opstellen van de vragenlijst. De vragen sluiten zeer nauw aan op de richtlijn. De onderwerpen betreffen: indicaties, programmaonderdelen, interventies en overdracht. De data zijn verzameld in de periode van 19 juli 2019 tot 2 september 2019.

De vragenlijst is ingevuld door 65 zorginstellingen, waarvan 54 ziekenhuizen en 11 revalidatiecentra en heeft daarmee een 100 procent respons. Harteraad is zeer verheugd van alle instellingen een reactie te hebben ontvangen. Deze 65 responses zijn representatief voor alle 133 locaties in Nederland waar hartrevalidatie aangeboden wordt. Onder deze 133 locaties vallen 80 ziekenhuislocaties, 16 ziekenhuislocaties waar hartrevalidatie door een externe partij wordt uitgevoerd of in samenwerking en 37 locaties van revalidatiecentra. De resultaten zijn verwerkt op de kaart op [Harteraad.nl](http://Harteraad.nl). Hartpatiënten en zorgverleners zien nu in één oogopslag waar hartrevalidatie in Nederland wordt aangeboden en hoe het programma eruit ziet.

### Goede voorbeelden

De vragenlijst had naast de inventarisatie van het hartrevalidatieaanbod volgens de richtlijn ook een tweede onderdeel. Hierin werd gevraagd naar goede voorbeelden van hartrevalidatie, voortkomend uit wat patiënten belangrijk vinden voor hartrevalidatie. Wanneer hartrevalidatie niet passend is voor iemand kan dat een reden zijn om niet te starten of voortijdig af te haken. Dit kan te maken hebben met inhoud, vorm, momentum en logistieke zaken van het hartrevalidatieprogramma. Indien er oplossingen en alternatieven voor deze barrières geboden worden, is deels bewezen en deels de veronderstelling dat meer mensen hartrevalidatie gaan volgen en afmaken. Oplossingen en alternatieven zoals deze noemt Harteraad goede voorbeelden. De inventarisatie hiervan was optioneel voor de zorginstellingen. De uitkomsten van de goede voorbeelden publiceren wij niet omdat deze aspecten niet direct terugvoeren op de (huidige) richtlijn. Bij een vervolg inventarisatie willen we deze aspecten wel meenemen. Te verwachten is ook dat in een toekomstige herziening

van de richtlijn een aantal van deze aspecten wel benoemd zal zijn. Wel zal Harteraad, in overleg met de betreffende instellingen, aan een aantal goede voorbeelden aandacht besteden via onze eigen kanalen.

### **Vervolg**

Ook in 2020 blijft Harteraad actief op hartrevalidatie. Zo staat voor 2020 een herhaling van de inventarisatie gepland, waarbij deze wordt uitgebreid met het uitvragen van goede voorbeelden. Uitkomsten hiervan zullen aan de overzichtskaart worden toegevoegd zodat hartpatiënten meer inzicht krijgen in de diverse hartrevalidatieprogramma's en zo nog beter een keuze kunnen maken die aansluit bij individuele wensen en behoeften.

Tevens zal Harteraad meewerken aan de mogelijke herziening van de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie (2011). Uitkomsten van zowel onderzoek naar wensen en behoeften van hartpatiënten over hartrevalidatie als het inventarisatieonderzoek zullen hierin worden meegenomen. Tenslotte zal de uitbreiding van telerevalidatie een speerpunt worden.

### **Bijlagen**

[I. Samenvatting](#)

[II. Vragenlijst inventarisatie](#)

[III. Overzicht resultaat per zorginstelling](#) (zie zipbestand)

## Resultaten inventarisatie hartrevalidatieaanbod 2019

### Indicaties: diagnosegroepen voor hartrevalidatie

Gevraagd is welke groepen patiënten, overeenkomstig de indicaties voor hartrevalidatie volgens de richtlijn, de hartrevalidatiecoördinator ziet op het intakegesprek. Binnen de resultaten is een verschil op te merken tussen de groep absolute en relatieve indicaties. Absolute indicaties worden gemiddeld in meer zorginstellingen op een intakegesprek gezien (91 procent (58/64)) dan relatieve indicaties (81 procent (52/64)).

De groep met de indicatie acuut myocardinfarct krijgt bij alle instellingen (100 procent) een intakegesprek. Daarentegen wordt stabiele angina pectoris, een absolute indicatie, in vergelijking met de andere absolute indicaties weinig gezien op het intakegesprek, namelijk bij 66 procent van de zorginstellingen (43/64). Slechts bij 32 procent van alle zorginstellingen (21/64) worden alle indicaties, zoals beschreven in de richtlijn, gezien op het intakegesprek.

Indicatie	Absolute aantallen aanbieders dat hartrevalidatie aanbiedt per indicatie	% aanbieders dat hartrevalidatie aanbiedt per indicatie
<b>Absolute indicatie</b>		
Acuut coronair syndroom (ACS)	62	97%
Acuut myocardinfarct (AMI)	64	100%
Instabiele angina pectoris (IAP)	52	80%
Stabiele angina pectoris	43	66%
Percutane coronaire interventie (PCI)	63	97%
Omleidingsoperatie (CABG)	63	97%
<b>Relatieve indicatie</b>		
Hartfalen	56	86%
Aangeboren hartafwijking	44	68%
Harttransplantatie	31	48%
Hartklepoperatie	62	95%
ICD/Pacemaker implantatie	62	95%
(behandelde) ritmestoornissen	56	88%
Atypische thoracale pijnklachten	45	70%
Doorgemaakte reanimatie	61	95%
Overige cardiothoracale chirurgische ingrepen	53	82%
Vraag overgeslagen	1	2%

Tabel 1. Overzicht indicaties op het intakegesprek.

Bij de vraag naar indicaties werden door respondenten ook andere indicaties benoemd. Zo gaven zes instellingen aan de indicatie steunhart (LVAD) te zien op het intakegesprek. Daarnaast werd angst of de wens voor hartrevalidatie ook door zorginstellingen benoemd als indicatie voor hartrevalidatie (8/64).

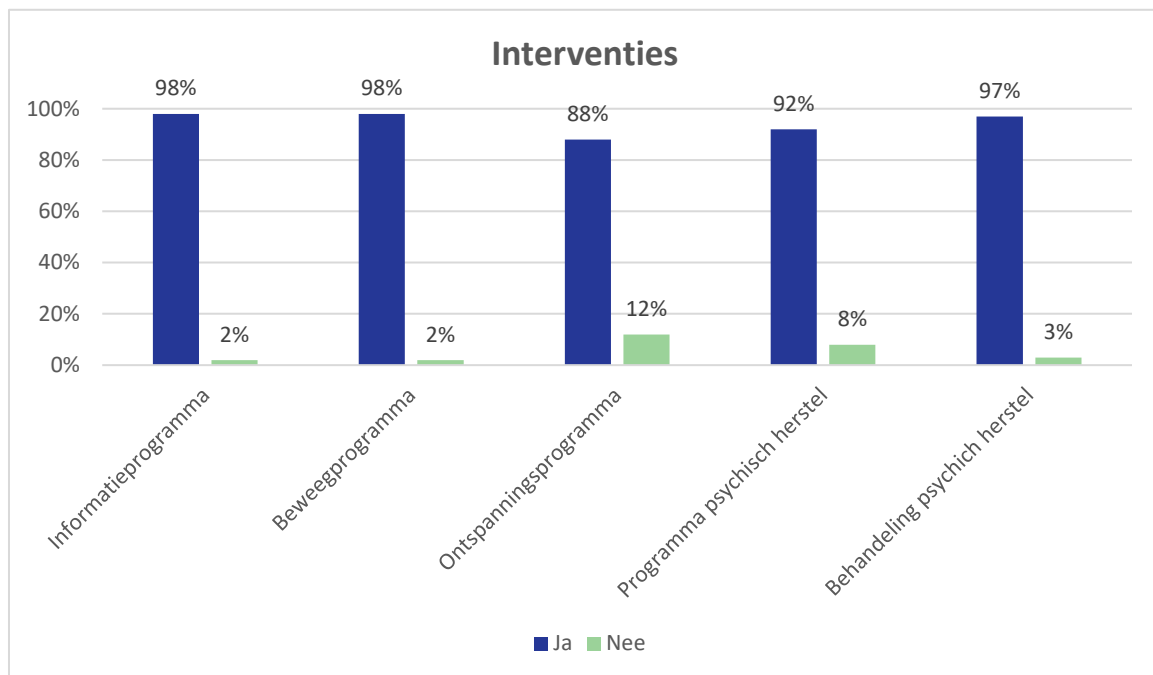
Let op: de cijfers zeggen alléén iets over de indicaties als groep. Er is niet gevraagd hoeveel patiënten binnen een groep een intakegesprek hebben. Het feit dat 100 procent van de instellingen mensen met een myocardinfarct op het spreekuur ziet, wil dus niet zeggen dat 100 procent van de mensen met een myocardinfarct ook op het intakegesprek komt. Tevens deze vraag door 64 instellingen ingevuld, daarom wordt gerekend met een totaal van 64 in plaats van 65.

## Interventies

Binnen de richtlijn wordt een aantal interventies onderscheiden: het informatie-, beweeg-, en ontspanningsprogramma. Ook spreekt de richtlijn over een programma voor psychisch herstel. Over het algemeen worden de verschillende modules zeer goed aangeboden, zeker het informatieprogramma en het beweegprogramma worden (bijna) overal aangeboden met 98 procent dekking (64/65). Het programma voor psychisch herstel wordt door 92 procent (60/65) van alle zorginstellingen aangeboden. Het programma dat door 88 procent van de aanbieders (57/65) wordt aangeboden is het ontspanningsprogramma. Deze blijft in vergelijking met de andere programma's achter.

Tevens is gekeken naar het totale aanbod van interventies door zorginstellingen. Dat houdt in dat alle vier programma's worden aangeboden door de zorginstelling. Geconcludeerd wordt dat 77 procent van alle zorginstellingen (50/65) alle vier programma's aanbieden.

Ook hier weer is het belangrijk de cijfers op de juiste manier te interpreteren. Als 98% van de instellingen een informatieprogramma aanbiedt, zegt dat iets over de beschikbaarheid van het programma. Het is niet gevraagd en daarmee niet gezegd dat 98% van de revalidanten het informatieprogramma krijgt aangeboden of volgt.



Grafiek 1. Aanbod interventies bij hartrevalidatie

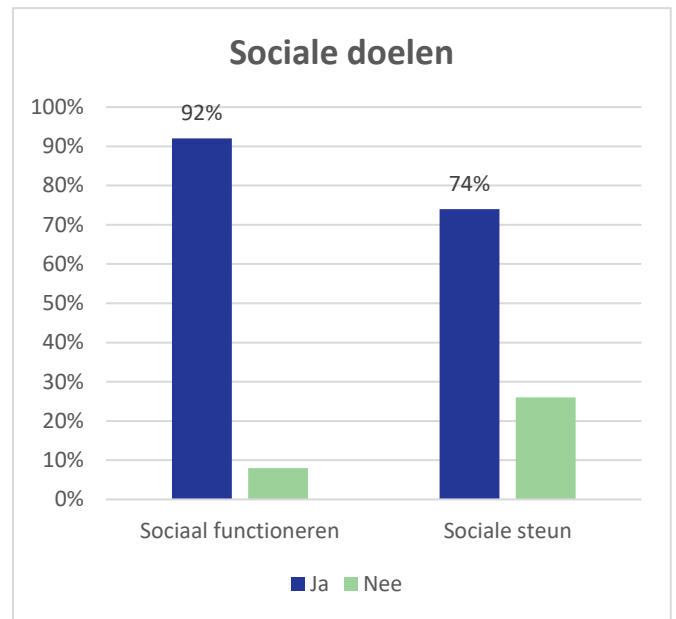
## Psychische doelen

Binnen de enquête zijn twee vragen gesteld met betrekking tot psychisch herstel, naar de twee categorieën die de richtlijn onderscheidt. De eerste vraag richtte zich op herstel van het emotioneel evenwicht, zorg die doorgaans in groepsverband wordt aangeboden, meestal in de vorm van de PEP module. Een dergelijke interventie wordt door 92 procent van de zorginstellingen (60/65) aangeboden. De tweede vraag doelde op individuele behandeling van depressie of angststoornis, waarbij 97 procent van de zorginstellingen (63/65) aangaf deze te bieden.

## Interventies gericht op sociale doelen

### *Sociaal functioneren en sociale steun*

Binnen de richtlijn staat beschreven dat het hartrevalidatieprogramma ondersteuning biedt bij het behalen van sociale doelen. Zo moet er begeleiding zijn voor het verbeteren van het sociaal functioneren van de revalidant en hoort er aandacht te zijn voor de sociale steun. Door bijna 48 procent van alle zorginstellingen (31/65) wordt zowel begeleiding bij sociaal functioneren als vergroten van sociale steun aangeboden. 92 procent van de aanbieders (60/65) biedt begeleiding bij het verbeteren van sociaal functioneren. Veel minder aanbieders, 74 procent van alle zorginstellingen (48/65), hebben interventies gericht op het vergroten van de sociale steun voor de revalidant. Onder sociale steun wordt vaak het structureel betrekken van naasten bij de revalidatie verstaan. Uit de cijfers blijkt dat in één op de vier instellingen er geen aanbod is op het vergroten van de sociale steun.



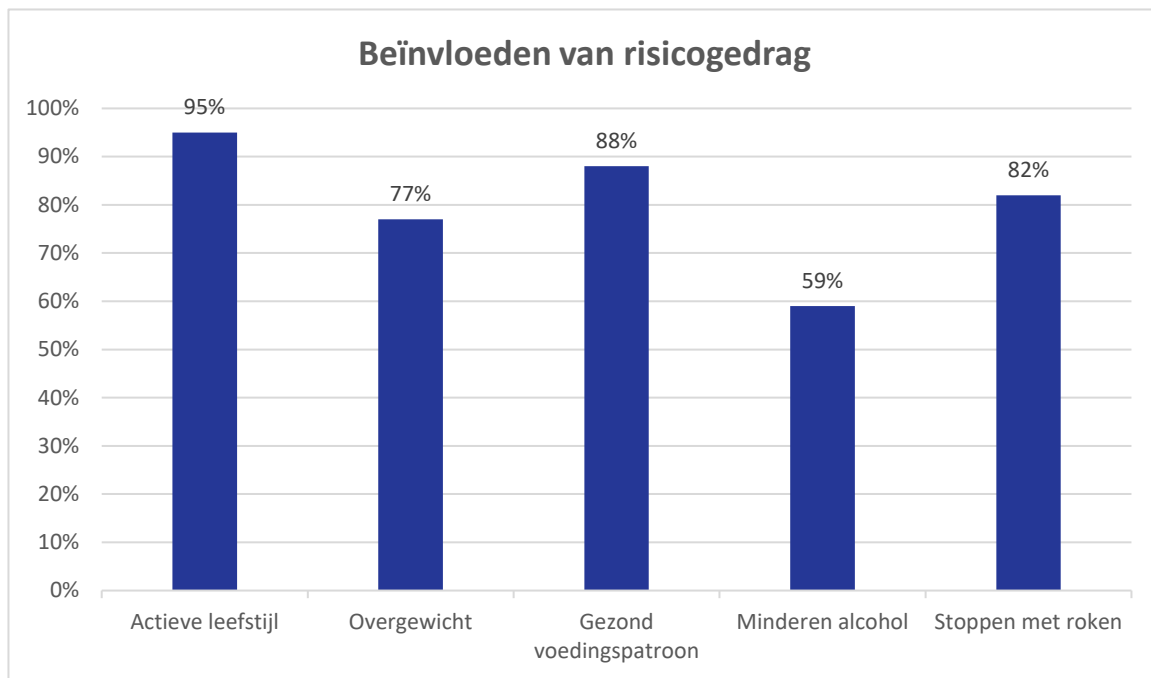
Grafiek 2. Aanbod interventies sociale doelen

### *Arbeidsre-integratie*

De projectgroep van de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie (2011) is van mening dat binnen hartrevalidatie specifieke ondersteuning van arbeidsre-integratie aangeboden dient te worden. Uit de resultaten bleek dat slechts 69 procent van de hartrevalidatie aanbieders (45/65) in Nederland specifieke ondersteuning van arbeidsre-integratie aanbiedt.

### **Beïnvloeding van risicogedrag**

Tijdens het hartrevalidatietraject worden handvatten aangeboden voor een gezonde leefstijl. De invulling hiervan is verschillend maar wordt binnen de richtlijn onderverdeeld in een aantal thema's: actieve leefstijl, overgewicht, gezond voedingspatroon, minderen met alcohol en stoppen met roken. In grafiek 3 wordt weergegeven in hoeverre begeleiding op de verschillende thema's wordt aangeboden.



Grafiek 3. Aanbod interventies beïnvloeden van risicogedrag

54 procent van alle zorginstellingen (35/65) biedt interventies op alle vijf thema's aan. Als gekeken wordt naar het aanbieden van interventies op drie of meer thema's, dan ligt het percentage aanbieders op 89 procent (58/65). 11 procent van alle aanbieders (7/65) biedt dus interventies op twee thema's of minder aan. Verder werd omgaan met stress meerdere malen benoemd door zorginstellingen als aangeboden interventie voor beïnvloeden van risicogedrag.

### Individuele begeleiding en verlenging

Indien de sociale steun erg laag is, is individuele behandeling geïndiceerd. Ook als sprake is van gebrekkig sociaal functioneren, is individuele behandeling geïndiceerd. Bij 48 instellingen is individuele begeleiding mogelijk (74 procent), maar bij de overige 26 procent (17/65) niet.

Indien doelen niet bereikt zijn of nieuwe klachten zijn opgetreden, wordt gevraagd of de patiënt door zou willen gaan met hartrevalidatie. Indien doelen niet bereikt zijn, wordt in het Multi Disciplinaire Overleg besloten of er een interventie aangeboden wordt en zo ja, hoe lang. Bij 94 procent van alle instellingen (61/65) is verlenging van hartrevalidatie mogelijk. Resultaten laten zien dat 66 procent van alle zorginstellingen (43/65) zowel verlenging als individuele begeleiding kunnen bieden.

### Bijzondere diagnosegroepen

Voor zeven bijzondere diagnosegroepen beveelt de richtlijn specifieke kenmerken van hartrevalidatie aan. Waar zes procent van de instellingen speciale programma's (4/65) voor alle bijzondere diagnosegroepen biedt, biedt ook zes procent van de instellingen geen programma's met specifieke kenmerken aan de bijzondere diagnosegroepen. Het valt op dat patiënten met hartfalen vaak een programma met specifieke kenmerken krijgen aangeboden, namelijk bij 88 procent van de zorginstellingen (57/65). Voor de andere zes bijzondere diagnosegroepen is het percentage zeer laag (9-25 procent).

Bijzondere diagnosegroep	Absoluut aantal aanbieders	% aantal aanbieders
Patiënten met hartfalen	57	88%
Patiënten met een aangeboren hartafwijking	6	9%
Patiënten die een harttransplantatie hebben ondergaan	10	15%
Patiënten die een ICD hebben gekregen	16	25%
Patiënten die een reanimatie hebben ondergaan	9	14%
Ouderen tussen 65-75 jaar	11	17%
Ouderen ouder dan 75 jaar	16	25%

Tabel 2. Bijzondere diagnosegroepen

### Overgang naar nazorg

#### *Vorbereiden op fase na hartrevalidatie*

De richtlijn schrijft dat de patiënt vanzelfsprekend wordt voorbereid tijdens de hartrevalidatie op het traject erna. Desgevraagd geeft 85 procent van de zorginstellingen (55/65) aan dat zij patiënten wijzen op activiteiten van patiëntenvereniging Harteraad die herstel en (volhouden van) gezonde leefstijl kunnen bevorderen, zoals contact met ervaringsdeskundigen en deelname aan Harteraad beweegclubs.

#### *Overdracht naar behandelend cardioloog en huisarts*

Als na de evaluatie van de hartrevalidatie in het MDO besloten wordt dat de hartrevalidatie beëindigd wordt, draagt het hartrevalidatieteam de patiënt over aan de behandelend cardioloog. De cardioloog levert de huisarts dan informatie over onder andere de screening, de (in gang gezette) behandelingen en resultaten en het te verwachten beloop. De manier waarop de overdracht wordt geregeld blijkt zeer divers. Bij 23 zorginstellingen (35 procent) wordt informatie over deelname, screening en effecten van hartrevalidatie door de cardioloog naar de huisarts gecommuniceerd. Bij 55 procent van alle zorginstellingen (36/65) gebeurt dit op een andere manier. Wanneer de overdracht 'anders' wordt geregeld, blijkt vaak de hartrevalidatiecoördinator hier verantwoordelijk voor. Dit werd door zeventien instellingen aangegeven. In een aantal gevallen informeert de hartrevalidatiecoördinator zelf de huisarts. 6 procent van de zorginstelling geeft aan niet te weten hoe de overdracht wordt geregeld op dit onderdeel (4/65) en 5 procent (3/65) geeft aan de overdracht niet volgens de richtlijn uit te voeren. Een van de redenen hiervoor is dat dit onderdeel bij enkele instellingen in ontwikkeling is.

#### *Monitoring van leefstijl*

Bij 36 zorginstellingen (55 procent) is in de overdracht geregeld dat medicatie- en leefstijladvisering wordt voortgezet door de cardioloog of huisarts. De richtlijn benoemt hierbij het belang van de continuïteit van adviezen door alle betrokken hulpverleners om therapietrouw aan leefstijladviezen en medicatie te bevorderen. Bij ongeveer een kwart van de zorginstellingen (15/65) gebeurt dit op een andere manier, bijvoorbeeld door alleen medicatie of alleen leefstijladviezen te vermelden of het toevoegen van behaalde en niet behaalde doelen. Soms ligt deze verantwoordelijkheid bij de fysiotherapeut. Bij de overige instellingen (13/65) gebeurt dit niet of is het onbekend, wederom werd hierbij wel in enkele gevallen aangegeven in ontwikkeling te zijn.



### *Monitoring van psychische symptomen*

De richtlijn beveelt aan dat minstens één keer, na beëindiging van hartrevalidatie, follow-up van psychische symptomen plaatsvindt. Het blijkt dat in 63 procent van de instellingen (41/65) dit niet geregeld wordt. Hierbij wordt aangegeven er vooral vanuit te gaan dat monitoring van psychische symptomen bij CVRM plaats vindt. Slechts vijf procent (3/65 zorginstellingen) regelt dit op de manier zoals de richtlijn voorschrijft en wederom ruim een kwart van de zorginstellingen (16/65) gebeurt dit op een andere manier, bijvoorbeeld dat verpleegkundig specialisten deze monitoring zelf doen. Zeven zorginstellingen (11 procent) weten niet of in de overdracht geregeld wordt dat de patiënt een jaar na het incident wordt gescreend op psychische symptomen door cardioloog of huisarts.

### **Conclusies**

Vanuit de resultaten trekken wij een aantal conclusies. Om te beginnen blijkt een aantal indicaties relatief weinig een intakegesprek te krijgen. Zo zien minstens één op de vijf instellingen mensen met stabiele angina pectoris, een aangeboren hartafwijking, een harttransplantatie en atypische thoracale pijnklachten niet op het intakegesprek. Het acuut myocardinfarct wordt, als enige indicatie, in 100 procent van alle zorginstellingen gezien op het intakegesprek.

Het aanbod van de diverse modules bij de verschillende zorginstellingen blijkt ruim voldoende. Alleen het ontspanningsprogramma blijft, in vergelijking met de andere interventies, achter. Daarentegen is met de overige interventies minder goed gesteld. Resultaten laten zien dat hulp bij werkhervatting en sociale steun door respectievelijk 30 en 26 procent van alle zorginstellingen niet worden aangeboden. Ook interventies voor beïnvloeden van risicogedrag is een punt van aandacht aangezien slechts de helft van de zorginstellingen begeleiding biedt op alle thema's zoals de richtlijn voorschrijft. Het aanbod van hartrevalidatie met specifieke kenmerken bij bijzondere diagnosegroepen blijkt ondermaats; slechts zes procent van alle zorginstellingen heeft een programma voor *alle* bijzondere diagnosegroepen.

Tenslotte valt ook de overgang naar nazorg op. De cijfers laten zien dat weinig zorginstellingen de overdracht volgens de richtlijn hebben geregeld. Daarnaast blijkt op alle bevroegde punten betreffende de overdracht een kwart van alle zorginstellingen dit anders te regelen dan de richtlijn aanbeveelt.

Drie procent van alle zorginstellingen (2/65) in Nederland die hartrevalidatie aanbieden, voldoet aan alle uitgevraagde onderdelen van de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie (2011). Bij 14 procent van de zorginstellingen (9/65) krijgen alle indicaties uit de richtlijn een intakegesprek, bestaat het traject uit alle soorten interventies en is er de mogelijkheid tot individuele begeleiding en eventuele verlenging van de hartrevalidatie.

Belangrijk is om nogmaals op te merken dat de cijfers alléén iets zeggen over de indicaties/interventies als groep. Cijfers beschrijven enkel het aanbod van onderdelen, niet de kwaliteit ervan. Ook zeggen deze getallen niets over aantallen van indicaties op het intakegesprek of deelnemers aan programmaonderdelen.

### **Aanbevelingen**

#### *Meer verwijzingen naar hartrevalidatie*

Om meer verwijzingen naar hartrevalidatie te genereren pleit Harteraad voor een automatische verwijzing naar hartrevalidatie voor iedereen die behandeld is vanwege zijn hart. Zo krijgt iedereen een gelijke kans op een intakegesprek en wordt de individuele screening tijdens het intakegesprek, meer dan de aandoening of behandeling op zichzelf, leidend voor indicatiestelling van hartrevalidatie.

#### *Meer deelname en afronding hartrevalidatie*

Door een programma op maat aan te bieden, naar wensen en behoeften van de revalidant, weet en verwacht Harteraad dat meer mensen zullen deelnemen aan hartrevalidatie en deze ook vaker zullen

afmaken. Patiënten willen graag maatwerk en revalideren met gelijkgestemden. Om iedereen een programma op maat aan te bieden concludeert Harteraad dat er meer samenwerking in de regio nodig is. Transparantie in aanbod kan ziekenhuizen en revalidatiecentra stimuleren samen te werken om zo gezamenlijk in behoeften te voorzien.

*Meer mensen houden gezonde leefstijl vol*

Harteraad ziet het belang van het betrekken van huisartsen, Harteraad Bewegclubs of andere sportorganisaties tijdens het revalidatieproces om de continuïteit te bevorderen in leefstijlbegeleiding en het blijven bewegen na hartrevalidatie. Hierdoor ervaren patiënten in mindere mate 'een gat' wanneer de hartrevalidatie is afgelopen en is er een organisch verloop naar het leven met een gezonde leefstijl.

**Bijlage**

[I. Samenvatting](#)

[II. Vragenlijst](#)

[III. Resultaat per zorginstelling](#) (zie zipbestand)

## Bijlage I. Samenvatting

### Doel en resultaat onderzoek

Inzicht geven waar hartrevalidatie wordt aangeboden en met welke programmaonderdelen. Resultaten zijn zichtbaar op de kaart op Harteraad.nl.

Aangeschreven zorginstellingen: 65 (54 ziekenhuizen en 11 revalidatiecentra; 133 locaties).

Respons: 100% zorginstellingen; 100% biedt poliklinische hartrevalidatie.

<b>Indicaties gezien op intakegesprek</b>	91% (58/64) Gemiddelde absolute indicaties 81% (52/64) Gemiddelde relatieve indicaties 32% (21/65) Alle indicaties op intakegesprek
<b>Aangeboden programma onderdelen en interventies</b>	98% (64/65) Informatie 98% (64/65) Bewegen 92% (60/65) Psychisch herstel 88% (57/65) Ontspanning 92% (60/65) Sociaal functioneren 74% (48/65) Sociale steun 70% (45/65) Werkhervatting 54% (35/65) Gedragsverandering leefstijl op alle vijf onderdelen 74% (48/65) Individuele begeleiding 94% (61/65) Verlenging hartrevalidatie
<b>Bijzondere diagnosegroepen</b>	6% (04/65) Programma voor alle zeven bijzondere doelgroepen
<b>Overgang naar nazorg</b>	85% (55/65) Wijzen op Harteraad / Harteraad beweegclubs 35% (23/65) Overdracht cardioloog / huisarts conform richtlijn 55% (36/65) Overdracht voortzetting medicatie- en leefstijladvisering 5% (03/65) Screening psychische symptomen na één jaar
<b>Totaal</b>	14% (9/65) Alle indicaties op intake, alle interventies, verlenging en individuele begeleiding 3% (2/64) Alle uitgevraagde onderdelen conform richtlijn

### Belangrijkste conclusies

- Meeste indicaties worden gezien voor een intake voor hartrevalidatie, enkele indicaties blijven achter.\*
- Meeste programmaonderdelen uit de richtlijn worden aangeboden. Begeleiding bij ontspanning en sociale steun blijven achter, evenals begeleiding bij werkherhervatting.\*
- Individuele begeleiding is niet mogelijk bij kwart van de instellingen.
- Begeleiding bij gedragsverandering in leefstijl is vrijwel nooit voor alle onderdelen aanwezig.
- Programma's voor specifieke doelgroepen zijn er minimaal, alleen hartfalen scoort hoog.
- Overdracht is divers en weinig volgens richtlijn geregeld; veelal pakken hartrevalidatiecoördinatoren dit op.
- Screening op psychische problemen als nazorg blijft ernstig achter.

\*De getallen zeggen iets over de *indicaties als groep*; niet over *aantallen patiënten* binnen een groep

**Wat gaat goed?**

Programma's en indicaties van hartrevalidatie volgen in het merendeel van de instellingen de richtlijn.

**Wat kan beter?**

Harteraad streeft naar meer verwijzing naar en deelname aan hartrevalidatie en beter volhouden van een gezonde leefstijl na afronding ervan. Wij pleiten voor:

- (Automatische) verwijzing en intakegesprek voor alle indicaties; problematiek in plaats van indicatie worden leidend bij screening en indicatiestelling voor hartrevalidatie
- Samenwerking tussen instellingen op achterblijvende programma onderdelen
- Leren van elkaars programma's en aanpak; Harteraad inventariseert goede voorbeelden
- Brede beschikbaarheid van telerevalidatie
- Betrekken huisarts tijdens hartrevalidatie voor continuïteit
- Betrekken Harteraad en Harteraad beweegclubs bij hartrevalidatie voor continuïteit

## Bijlage II. Vragenlijst inventarisatie

### Aanbod hartrevalidatie

1. Naam ziekenhuis/revalidatiecentrum (en eventueel locatie)
2. Welke vorm van hartrevalidatie wordt aangeboden?
  - > Poliklinische hartrevalidatie
  - > Klinische hartrevalidatie
  - > Mijn instelling biedt hartrevalidatie aan bij een andere organisatie, namelijk...
  - > Mijn instelling biedt geen hartrevalidatie aan
  - > Anders...
3. Welke patiënten ziet u als hartrevalidatiecoördinator op het intakegesprek?
  - > Acut coronair syndroom (ACS)
  - > Acut myocardinfarct (AMI)
  - > Instabiele angina pectoris (IAP)
  - > Stabiele angina pectoris
  - > Percutane coronaire interventie (PCI)
  - > Omleidingsoperatie (CABG)
  - > Hartfalen
  - > aangeboren hartafwijking
  - > Harttransplantatie
  - > Hartklepoperatie
  - > ICD/Pacemaker implantatie
  - > (behandelde) ritmestoornissen
  - > Atypische thoracale pijnklachten
  - > Doorgemaakte reanimatie
  - > Overige cardiothoracale chirurgische ingrepen
  - > Anders, namelijk....

### Informatieprogramma

4. Is er een informatieprogramma (bijvoorbeeld de Info module)?
  - > Ja
  - > Nee

### Bewegingsprogramma

5. Is er een bewegingsprogramma (bijvoorbeeld de FIT module)?
  - > Ja
  - > Nee

### Ontspanningsprogramma

6. Is er een ontspanningsprogramma?
  - > Ja
  - > Nee

### Vermindering van psychische symptomen

7. Is er een programma/interventie gericht op het herstel van emotioneel evenwicht en subklinische angst- en depressieve klachten (bijvoorbeeld de PEP module)?
  - > Ja
  - > Nee
8. Is er een individuele behandeling/interventie voor patiënten met klinische depressie of een angststoornis?
  - > Ja
  - > Nee

### **Sociale doelen**

9. Zijn er interventies gericht op het verbeteren van het sociaal functioneren? (individuele begeleiding of behandeling)

- > Ja
- > Nee

10. Zijn er interventies gericht op het vergroten van sociale steun? (Structureel betrekken van primaire mantelzorger bij hartrevalidatie, educatie, counseling, reanimatietraining)

- > Ja
- > Nee

11. Is er begeleiding bij werkhervatting? (Gericht op belemmeringen voor werkhervatting, overleg met bedrijfs- of verzekeringsarts, monitoren werkhervatting)

- > Ja
- > Nee

### **Risicogedrag**

12. Welke begeleiding is er gericht op gedragsverandering? (Aanleren zelfcontroletechnieken)

- > Actieve leefstijl ontwikkelen
- > Bestrijden overgewicht en obesitas
- > Gezond voedingspatroon ontwikkelen
- > Minderen met alcohol
- > Stoppen met roken
- > Geen
- > anders, namelijk...

### **Individuele begeleiding**

13. Is het mogelijk om groepsinterventies ook individueel te volgen?

- > Ja
- > Nee

### **Revalidatiedoelen**

14. Wanneer revalidatiedoelen niet (volledig) gehaald zijn, is dan verlenging mogelijk?

- > Ja
- > Nee

### **Bijzondere diagnosegroepen**

15. De richtlijn benoemt specifieke kenmerken van hartrevalidatie bij bijzondere diagnosegroepen.

Voor welke indicaties is er een specifiek programma?

- > patiënten met hartfalen
- > Patiënten met een aangeboren hartafwijking
- > Patiënten die een harttransplantatie hebben ondergaan
- > Patiënten die een ICD hebben gekregen
- > Patiënten die een reanimatie hebben ondergaan
- > Ouderen tussen 65-75 jaar
- > Ouderen ouder dan 75 jaar
- > Geen
- > Anders, namelijk...

### **Overgang naar nazorg**

16. Worden patiënten gewezen op de activiteiten van patiëntenvereniging Harteraad die herstel en (volhouden van) een gezonde leefstijl kunnen bevorderen (contact met en/of ervaringen van lotgenoten en ervaringsdeskundigen en Bewegclubs)?

- > Ja
- > Nee

17. Het hartrevalidatieteam draagt de patiënt over aan de cardioloog. Levert de cardioloog de huisarts vervolgens informatie over de deelname, screening en effecten van de hartrevalidatie?

- > Ja
- > Nee
- > Onbekend
- > Anders, namelijk...

18. Wordt in de overdracht geregeld dat de medicatie- en leefstijladvisering wordt voortgezet door de cardioloog of huisarts?

- > Ja
- > Nee
- > Onbekend
- > Anders, namelijk...

19. Wordt in de overdracht geregeld dat de patiënt een jaar na het incident wordt gescreend op psychische symptomen door de cardioloog of huisarts?

- > Ja
- > Nee
- > Onbekend
- > Anders, namelijk...

### **Goede voorbeelden**

20. Voor het samenwerkingsprogramma Hartrevalidatie van Harteraad en de Hartstichting zijn wij op zoek naar goede voorbeelden van hartrevalidatie. Van onze achterban hebben wij gehoord wat zij graag zouden zien binnen hartrevalidatie en op basis daarvan zijn onderstaande voorbeelden opgesteld. Graag willen wij in contact komen met organisaties die op deze manier werken óf wellicht een ander goed voorbeeld hebben.

- > Alle patiënten met een indicatie volgens de richtlijn krijgen een verwijzing, middels een geautomatiseerd systeem (indicaties bij vraag 1).
- > Alle patiënten met een indicatie volgens de richtlijn krijgen een intakegesprek voor hartrevalidatie.
- > Bij ontslag uit het ziekenhuis kennen patiënten de hartrevalidatiecoördinator en kunnen zij desgewenst nog vóór het intakegesprek contact met hem/haar opnemen.
- > Het beste startmoment van de revalidatie en de verschillende revalidatieonderdelen bepalen wij individueel en samen met de patiënt.
- > Wij stemmen de locatie van het programma af op de logistieke wensen/mogelijkheden van de patiënt.
- > Wij stellen een programma voor naasten op in overleg met de betreffende naaste.
- > Onze revalidanten gaan naadloos over naar CVRM/leefstijlbegeleiding.
- > Ander goed voorbeeld, namelijk...

21. Heb je een goed voorbeeld opgegeven? Mogen wij hierover contact met je opnemen. Laat dan graag je e-mailadres achter.

- > Naam:
- > Functie:
- > E-mailadres:

## Bijlage III. Resultaat per zorginstelling

Voor het resultaat per zorginstelling: zie Excel bestand in Zip (download).